

健康保健サービス局

(Health and Human Services Department)

リンダ・ウォルシュ(Linda Walsh)暫定局長(Interim Commissioner)

1000 Commonwealth Ave., Newton, MA 02459

電話 : 617-796-1420 Fax : 617-552-7063

TDD/TTY : 617-796-1089

2014年9月15日

保護者の皆さま

健康保健局は今年もニュートン市のキンダーから12年生までのすべての生徒たちにインフルエンザワクチンを提供できることをうれしく思っています。

注射あるいは鼻腔スプレーによるワクチン接種が学校時間内にご家庭の料金負担なしで実施されます。インフルエンザ・ワクチンは今年もまたマサチューセッツ州の公共保健局 (the Massachusetts Department of Public Health) が生徒たちにワクチンを提供するので無料ですが、ワクチン実施費用軽減のため療養保険情報の提供を是非お願いいたします。

接種は10月から11月中旬にかけてニュートン市立の各学校で行われます。接種日は各学校から通知があります。また、オンラインでは www.newtonma.gov/flu/ に掲示されます。

お子さんにワクチン接種を受けさせるためには、お子さんの学校の接種日から2登校日以前に2枚の書類を学校看護師まで提出しなければなりません：

1. 同意書／問診票 (Consent/Screening Form)
2. 生徒ワクチン実施記録／医療保険情報用紙 (Student Vaccine Administration Record/ Insurance Information Form)

用紙はオンラインで (www.newtonma.gov/flu/) または学校看護師のオフィスで入手できます。

同意書／問診票では子供がインフルエンザワクチンを注射で受けるか鼻腔スプレーで受けるか保護者が選ぶようになっています。両方のタイプのワクチンについてのリスクや利点を含む情報は、www.newtonma.gov/flu/ のワクチン情報のところに書かれています。学校看護師も情報を持っており、どんなご質問にもお答えすることができます。

インフルエンザ注射も鼻腔スプレーも両方とも四価ワクチンで、4種類のインフルエンザ株に対して効力があります。疾病管理センター (CDC) は生後6ヶ月以上のすべての人にインフルエンザワクチンを推奨しています。CDCは、今回初めて、両方のタイプのワクチンが利用可能な場合2歳から8歳の健康な子供に対しては注射より鼻腔スプレーの方を勧めています。

マサチューセッツ州法に従い、今年われわれはマサチューセッツ州予防接種情報システム (MIIS) として知られるコンピュータ化された予防接種登録システムを通してこの接種プログラムを実施いたします。MIISは予防接種記録を保管します。MIIS内のすべての情報は安全に保管され機密扱いです。MIISは情報を医療従事者、学校看護師、地元の保健局、予防接種に関係した州の機関と情報を共有することがあります。あなたにはMIIS内のプロバイダー間で予防接種情報を共有することに反対する権利があります。詳しくはあなたの医療提供者にお尋ねになるか、MIISのウェブサイト www.mass.gov/dph/miis を見るか、またはマサチューセッツ州予防接種プログラム (Massachusetts Immunization Program) へ電話で直接お問い合わせください電話番号は617-983-6800または888-658-2850です。離脱用の用紙は www.newtonma.gov/flu/ で入手できます。その用紙は必ず学校看護師に提出してください。

Letter to the Parents from Health and Human Service Department about Flu Vaccine – in Japanese

毎年、子供たちにはインフルエンザを原因とした深刻な合併症を患うリスクがあります。インフルエンザワクチンは子供たちをインフルエンザから守るための最善の方法のひとつです。われわれはあなたがこの重要な予防プログラムを利用されるよう願っています。

敬具

ルース・ホシノ (Ruth Hoshino)
学校看護師管理者 (School Nurse Supervisor)

デービッド・フライシュマン (David Fleishman)
教育長 (Superintendent)

健康保健サービス局(Health & Human Service Department)
 リンダ・ウォルシュ(Linda Walsh)、暫定局長(Interim Commissioner)
 1000 Commonwealth Ave., Newton, MA 02459
 電話 : 617-796-1420 Fax : 617-552-7063 TDD/TTY : 617-796-7089

インフルエンザ・ワクチン接種 生徒用同意書および問診票 2014-2015
Student Flu Vaccine Consent and Screening Form 2014-2015

生徒の姓 (Child's Last Name)	生徒の名 (Child's First Name)	生年月日(月/日/年) (BOD)	年齢(Age)	性別 (Gender) : □男(M) □女(F)
保護者の姓 (Parent's Last Name)	保護者の名(Parent's First Name)	保護者の昼間の電話番号 (Parent's Daytime Phone)		
学校名 (School Name)	Kから5年生は担任名 (Teacher) 6から8年生はチーム名 (Team) 9から12年生は無記入 (Leave blank)		学年 (Grade)	

注射による接種と鼻腔スプレーによる接種のうちどちらかひとつを選んでください。(Select either flu shot or nasal spray.)

- 選んだ接種タイプの問診票のみに答えてください。(Answer the screening questions only for that type of vaccine.)
- 問診表の下に署名してください。(Sign below those screening questions.)
- 質問12を除くいずれかの質問に「はい」がある場合、お子さんは接種を受けることができません。これらの質問への答えがよくわからない場合はお子さんのかかりつけの意思に問い合わせてください。(A "Yes" to any question(except #12) indicates your child cannot receive that type of vaccine. If you are not sure of the answers to these questions, contact your child's health care provider.)

ワクチン注射(FLU SHOT) または(or) 鼻腔スプレーワクチン(NASAL SPRAY)

ワクチン注射を希望する方の問診票 (Screening for FLU SHOT)

	はい (Yes)	いいえ (No)
1. お子さんは卵を食べると問題が起きますか? (Does your child have a problem eating eggs?)		
2. お子さんはゲンタマイシン、ネオマイシン、ポリミキシン、またはゼラチンにアレルギーがありますか? (Does your child have an allergy to gentamicin, neomycin polymyxin or gelatin?)		
3. お子さんは以前にインフルエンザ・ワクチンに深刻な反応を起こしたことがありますか? (Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?)		
4. お子さんはインフルエンザワクチン接種から6週間以内にギラン・バレー症候群(一種の一時的な重症の筋力低下)にかかったことがありますか? (Has your child ever had Gullain-Barre Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?)		

私は2014-2015年度のワクチン注射によるインフルエンザ・ワクチン接種のお知らせを読みその危険性と有益性を理解しました。わたしはこのワクチンを子供に接種することに同意します。(I have read the 2014-2015 Vaccine Information Statement for the flu shot and understand the risks and benefits. I GIVE CONSENT for my child to get vaccinated with this vaccine.)

保護者署名 (Parent's Signature)

_____ 日付 (Date) _____

鼻腔スプレーワクチンを希望する方の問診票 (Screening for NASAL SPRAY FLU VACCINE)

	はい (Yes)	いいえ (No)
1. お子さんは卵を食べると問題が起こりますか? (Does your child have a problem eating eggs?)		
2. お子さんはゲンタマイシン、ネオマイシン、ポリミキシン、またはゼラチンにアレルギーがありますか? (Does your child have an allergy to gentamicin, neomycin, polymixin or gelatin?)		
3. お子さんは以前にインフルエンザ・ワクチンに深刻な反応を起こしたことがありますか? (Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?)		
4. お子さんは喘息、糖尿病 (または他の代謝異常)、または肺、心臓、腎臓、肝臓、神経、血液の疾患をもっていますか? (Does your child have, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood?)		
5. お子さんが5歳未満の場合、医療提供者にあなたのお子さんに喘鳴がある、あるいは喘息を起していると言われたことが12ヶ月以内にありましたか? (If your child is younger than 5 years old, has a healthcare provider told you that your child had wheezing or asthma within the last 12 months?)		
6. お子さんの免疫系は弱いですか(例えば HIV、がん、またはステロイドやがん治療に使われるような薬品のため)? (Does your child have a weak immune system (for example, from HIV, cancer or medications such as steroids or those used to treat cancer)?)		
7. お子さんは抗生物質を服用中ですか? (Is your child taking antiviral medications?)		
8. お子さんは長期間アスピリンまたはアスピリンを含む薬で服薬治療中ですか? (例: 毎日アスピリンを服用している) (Is your child on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (for example, does your child take aspirin very day?)		
9. お子さんは妊娠中ですか? (Is your child pregnant?)		
10. お子さんはインフルエンザワクチン接種から6週間以内にギラン・バレー症候群(一種の一時的な重症の筋力低下)にかかったことがありますか? (Has your child ever had Gullain-Barre Syndrome (A type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?)		
11. お子さんは特別な保護環境を必要とする人 (例: 最近骨髄移植を受けた人) と接することがありますか? (Does your child have close contact with a person who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)?)		
12. お子さんはこの30日間にインフルエンザに限らず何らかの他のワクチン接種を受けましたか? (Has your child received any other vaccinations (not just flu) in the past 30days? ワクチン名(Vaccine) _____ 日付(月/日/年) (Date) _____/_____/____		

私は 2014-2015 年度の鼻腔スプレーによるインフルエンザ・ワクチン接種のお知らせを読みその危険性と有益性を理解しました。わたしはこのワクチンを子供に接種することに同意します。(I have read the 2014-2015 Vaccine Information Statement for the nasal spray influenza vaccine and understand the risks and benefits. I GIVE CONSENT for my child to get vaccinated with this vaccine.)

保護者署名 (Parent's Signature)

_____ 日付 (Date) _____

6ヶ月から8歳までのお子さん (For children 6 months through 8 years old:)

この年齢層のお子さんは次の2つのどちらにも該当しない場合、2014-2015年のインフルエンザワクチンを少なくとも4週間の間隔をあけて2回接種する必要があります。(Children in this age group should receive 2 doses of the 2014-2015 seasonal influenza vaccine at least 4 weeks apart unless they received:)

- 2013-14 年秋冬用インフルエンザワクチンを少なくとも 1 回受けている (At least 1 dose of 2013-14 seasonal influenza vaccine)

または(or)

- どの年かに関係なく以前に少なくとも 2 回のインフルエンザワクチンの接種を受け、少なくとも 1 回 2009 年の H1N1 含有ワクチンを受けている。 (At least 2 seasonal influenza vaccine during any previous season, and at least 1 dose of a 2009(H1N1)-containing vaccine)

2 回目の接種についてはかかりつけの医師に連絡してください。あるいは他の医療機関については www.newtonma.gov/flu をご覧ください。 (Contact the child's primary health care provider to receive a second dose, or visit www.newtonma.gov/flu for additional clinics.)

2014–2015 年度 生徒の医療保険情報/ワクチン実施記録

ワクチン接種を受ける人ひとりひとりについてこの用紙すべてに記入してください。医療保険に加入していない場合は記入できる欄すべてに記入してください。

ワクチン接種を受ける生徒についての情報（活字体で記入してください）：*は必ず記入のこと

氏名(Name): *(Last, First, MI)	生年月日(Date of Birth)* ____月(M) ____日(D) ____年(Y)	年齢*(Age)	性別(Sex): *(丸で囲む) 男 (Male) 女 (Female)
住所(Street Address): *			
市(City): *	州(State): *	郵便番号(Zip): *	電話番号(Phone): *

医療保険情報：メンバーID番号は番号に含まれる文字も含めすべて書いてください。

保険会社名(Name of Insurance Company)	メンバーID番号(Member ID Number)	グループID番号：(もしわかれば) (Group ID Number: (If available))
----------------------------------	----------------------------	--

ワクチン接種を受ける人が加入者でない場合は以下も記入してください。

加入者名(Subscriber's Name) (Last, First, MI)	加入者生年月日(Subscriber's Date of Birth) ____月(M) ____日(D) ____年(Y)	性別(Sex): (丸で囲む) 男 (Male) 女 (Female)	
加入者の住所 (上記の住所と違う場合のみ) (Subscriber's Street Address: (If different from address above))			
市(City):	州(State):	郵便番号(Zip):	電話番号(Phone):
患者との続柄：(丸で囲む) 配偶者 (Spouse) 子 (Child) その他 (Other)			

18歳以下の子供について:

子供のためのワクチン (VFC) プログラムの対象である (Is Vaccine for Children(VFC) Program eligible) <input type="checkbox"/> メディケイドに加入している。ただし、メディケイドを通して加入している場合は MassHealth や HMO を含む。(Is enrolled in Medicaid(includes MassHealth and HMOs etc. if enrolled through Medicaid) <input type="checkbox"/> 医療保険をもっていない(Does not have health insurance) <input type="checkbox"/> アメリカインディアン(先住アメリカ人)またはアラスカ先住民である(Is American Indian(Native American) or Alaska Native)
VFC プログラムの対象ではない(Is not VFC-eligible) <input type="checkbox"/> 医療保険をもっており、アメリカインディアン(先住アメリカ人)でもアラスカ先住民でもない(Has health insurance and is not American Indian(Native American) or Alaska Native)

私は私の医療保険会社に請求することを許可します。(I give permission for my insurance company to be billed.)

× _____ 日付 (Date) : _____
患者または保護者の署名 (Signature of patient, parent or legal guardian)

For Clinic/Office Use Only:

Date of Service	Vax Type	Vaccine Mfgr	Lot No.	Exp Date	Dose (mL)	State Supplied	Preserv Free	Injection Route : (Circle)	Injection Site: (Circle)	Date on VIS	Date VIS Given
	IIV4				0.5	Yes No	Yes No	IM	R Arm L Arm	8/19/14	9/15/14
	LAIV4	Med-Immune			0.2	Yes No	Yes	Intranasal	NA	8/19/14	9/15/14

不活化インフルエンザワクチン

知っておくべきこと

2004～2005年度

1 予防接種が必要な理由とは？

インフルエンザ(「流感」)は重篤な病気です。

感染した人から他の人の鼻または喉に伝染する細菌が原因となります。

インフルエンザは以下の症状の原因となることがあります。

- ・発熱
- ・咽頭炎
- ・悪寒
- ・咳
- ・頭痛
- ・筋肉痛

誰でもインフルエンザにかかる可能性があります。2、3日間だけ病気になる人が大半ですが、悪化して入院が必要となる人もあります。米国内では毎年平均3万6千人がインフルエンザにより死亡し、その大半は高齢者です。

インフルエンザワクチンはインフルエンザを予防できます。

2 インフルエンザワクチン

現在2種類のインフルエンザワクチンがあります。注射で投与される不活化(死んだ)インフルエンザワクチンは何年もの間米国内で使用されてきました。生の弱毒化ワクチンは2003年に認可を受けました。これは鼻孔に噴霧します。

インフルエンザウイルスは頻繁に変わります。ですから毎年インフルエンザワクチンは更新されます。

接種後約2週間で発病阻止効果が出、最高1年間効果が持続します。

インフルエンザワクチンを接種してもインフルエンザにかかる人もいますが、接種しなかった人よりも症状が軽いのが普通です。

インフルエンザワクチンは、肺炎球菌ワクチンを含む、他のワクチンと同じ時に接種可能です。

不活化インフルエンザワクチンによっては、保存剤として水銀の一種であるチメロサルを含むものがあります。微量のチメロサルだけしか含まないものもあります。ワクチン内のチメロサルが有害であるという科学的な証拠はなく、ワクチンについて知られている利点の方がチメロサルによる潜在的危険性を上回っています。チメロサルまたはチメロサル減量インフルエンザワクチンに関する質問は、医師にお尋ねください。

3 予防接種の対象者とは？

重篤なインフルエンザまたはその合併症にかかる危険性のある月齢6ヶ月以上の人、およびそのような人と接触のある人(家族全員を含む)は接種を受けるべきです。

毎年の接種が推奨される人:

- ・月齢6～23ヶ月のすべての子供
- ・月齢0～23ヶ月の子供の家族および家族以外の世話人
- ・50歳以上の人
- ・慢性症状のある人が居住する長期医療施設の住人
- ・以下の疾患を持つ長期的な健康上の問題のある人:
 - 心臓疾患
 - 腎臓疾患
 - 肺疾患
 - 糖尿病などの代謝性疾患
 - 喘息
 - 貧血症、および他の血液疾患
- ・以下の理由により免疫系の弱った人:
 - HIV/AIDSまたは免疫系に影響する他の疾患
 - ステロイドなどの薬剤での長期治療
 - X線または薬剤でのがん治療
- ・長期アスピリン療法を受けている月齢6ヶ月から18歳の人(これらの人々はインフルエンザにかかるとライ症候群を発症する可能性があります。)
- ・インフルエンザの流行時期にある妊婦
- ・医師、看護婦、その家族、または重篤なインフルエンザの危険のある人にじかに接触するその他の人
- ・インフルエンザにかかる可能性を削減したい人

毎年の接種を検討すべき人:

- ・重要な地域奉仕の従事者
- ・4月から9月の間に南半球に旅行する、または1年の任意の時期に熱帯地域へ旅行したり、団体旅行をするインフルエンザ合併症発症の危険性が高い人
- ・大発生防止のため、寮または他の混雑した状態で生活する人

4 予防接種の接種時期とは？

最良の接種時期は10月または11月です。

一部の人は10月以前に接種してください。これに含まれる人:

- 50歳以上の人
- インフルエンザおよびその合併症発症危険性が高い若年者(月齢6~23ヶ月の子供を含む)
- 高い危険性のある人の家族
- 医療従事者
- 初めてインフルエンザ予防接種を受ける9歳未満の子供

流行時期は12月から3月の間にピークに達することがありますが、大半は2月にピークに達します。ですから12月またはそれ以降に接種すると、一年の大半において有益である可能性があります。

インフルエンザの予防に毎年1回だけの接種が必要な人が大半です。初めて接種する9歳未満の子供は2回接種が必要です。不活化ワクチンではこれらの接種は1ヶ月間隔で実施されます。前年で1回接種したこの年齢のグループに属する子供は、その接種を受けたのが初回であっても、今年には1回だけ接種が必要です。

5 予防接種の前に医師に相談の要がある人

以下の場合には接種前に医師にご相談ください。

- 1) 卵または以前のインフルエンザワクチン接種に重篤なアレルギー反応を生じた場合、または
- 2) ギラン・バレー症候群(GBS)の病歴のある場合。

接種予定時に発熱または重病の場合、回復するのを待ってから予防接種を受けてください。予防接種の予定を変更すべきかを医師または看護婦とご相談ください。

6 不活化インフルエンザワクチン予防接種に関するリスクとは？

あらゆる薬剤と同様に、ワクチンは激しいアレルギー反応など重篤な問題の原因となる恐れがあります。ワクチンが重篤な害または死亡の原因となる危険性は極めて低いです。

不活化インフルエンザワクチンによる重篤な問題は非常に稀です。不活化インフルエンザワクチン内のウイルスは殺されているため、ワクチンからインフルエンザにかかることはありません。

軽い症状:

- ・ 接種部位の痛み、発赤、または腫れ
- ・ 発熱
- ・ 痛み

これらの症状は接種後直ちに始まり、1~2日続くことが普通です。

重度の症状:

- ・ ワクチンによる致命的なアレルギー反応は非常に稀です。起こるとすれば、接種後2、3分から2、3時間の間に生じます。

- ・ 1976年、豚インフルエンザワクチンは、ギラン・バレー症候群(Guillain - Barré Syndrome, GBS)と呼ばれる重度の麻痺症と関連付けられました。それ以来インフルエンザワクチンはGBSと明確に結び付けられていません。しかし、現在のインフルエンザワクチンによるGBSの危険性がある場合、その発症数は、接種で予防可能な重度のインフルエンザの危険性よりはるかに少ない、接種者百万人当たり1または2人と推定されています。

7 中程度から重度の反応があった場合はどうしますか？

気を付けることとは？

- ・ 高熱または普通でない様子など、平常でない状態に気を付けてください。重篤なアレルギー反応の徴候には、呼吸困難、声かれ、喘鳴、じんま疹、青ざめ、脱力感、動悸、またはめまいが含まれることがあります。

どの様に対応すれば良いのでしょうか？

- ・ 医師に連絡するか、症状のある人を直ちに医師に連れて行ってください。
- ・ 症状、発症した日時、予防接種を受けた日を医師に知らせてください。
- ・ Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS: 予防接種有害事象報告システム)用紙を提出するよう医師、看護婦または保健所に要請してください。

ご自身でwww.vaers.orgのVAERSウェブサイトからこの報告を提出するか、1-800-822-7967(米国内ファイルダイヤル)に電話してください。

VAERSは医療上の助言はいたしません。

8 もっと詳細を知りたいのですが？

- ・ 医師か看護婦にお尋ねください。医師か看護婦から予防接種の添付説明書を受け取ったり、その他の情報源を手でできます。
- ・ 地元または州の保健所にお電話ください。
- ・ 以下のCenters for Disease Control and Prevention (CDC: 疾患管理予防センター)にご連絡ください。

- Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)

- CDCウェブサイト
www.cdc.gov/flu



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION
NATIONAL IMMUNIZATION PROGRAM

Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine IMM-569 - Japanese (5/24/04)
Translated by Transcend, Davis, CA
www.transcend.net

経鼻投与型、インフルエンザ生ワクチン

知っておくべきこと

2004～2005年度

1 予防接種が必要な理由とは？

インフルエンザ(「流感」)は重篤な病気です。

感染した人から他の人の鼻または喉に伝染する細菌が原因となります。

インフルエンザは以下の症状の原因となることがあります。

- ・発熱
- ・咽頭炎
- ・悪寒
- ・咳
- ・頭痛
- ・筋肉痛

誰でもインフルエンザにかかる可能性があります。2、3日間だけ病気になる人が大半ですが、悪化して入院が必要となる人もあります。米国内では毎年平均3万6千人がインフルエンザにより死亡し、その大半は高齢者です。

インフルエンザワクチンはインフルエンザを予防できます。

2 経鼻投与型インフルエンザ生ワクチン

現在、不活化ワクチンおよび生ワクチンの2種類のインフルエンザワクチンがあります。

2003年に経鼻投与型インフルエンザ生ワクチン(商標名FluMistTM)が許可されました。FluMistには弱毒化(弱体化)インフルエンザ生ウイルスが含まれています。これは筋肉注射ではなく、鼻孔へのスプレーです。

不活化インフルエンザワクチンは注射で投与され「flu shot(流感予防注射)」とも呼ばれ、長年使用されてきました。これには死んだインフルエンザウイルスが含まれます。

3 経鼻投与型インフルエンザ生ワクチンを受けられる人は？

経鼻投与型インフルエンザ生ワクチンは、インフルエンザ合併症の高リスクのある人の家族を含む、5～49歳までの健康な子供と大人のために承認されています。しかし、FluMistは、いくつかの病状のある人、妊婦、またはインフルエンザに関係する合併症のリスクのあるその他の人に使用すべきではありません(第4項を参照)。

4 インフルエンザ生ワクチン経鼻投与を受けるべきでない人とは？

下記の人にはインフルエンザ生ワクチン経鼻投与を受けるべきではありません。不活化インフルエンザワクチンの接種については医療提供者に相談してください。

- ・ 50歳以上の大人または5歳未満の子供。
- ・ 以下の疾患を持つ長期的な健康上の問題のある人:
 - 心臓疾患
 - 腎臓疾患
 - 肺疾患
 - 糖尿病などの代謝性疾患
 - 喘息
 - 貧血症、および他の血液疾患
- ・ 以下の理由により免疫系の弱った人:
 - HIV/AIDSまたは免疫系に影響する他の疾患
 - ステロイドなどの薬剤での長期治療
 - X線または薬剤でのがん治療
- ・ 長期アスピリン療法を受けている子供または思春期の若者(これらの人々はインフルエンザにかかるとライ症候群を発症する可能性があります。)
- ・ 妊婦。
- ・ ギラン・バレー症候群(Guillain-Barré Syndrome, GBS)の病歴のある人。

医師、看護婦、家族、または極度に免疫系の弱った人(保護された環境での医療を必要とする人)と身近に接触する人は、インフルエンザ生ワクチン経鼻投与よりもインフルエンザ(不活化ワクチン)注射の方が好ましいです。

下記の人には、いずれかのインフルエンザワクチンの接種を受ける前に、医師にご相談ください。

- ・ 卵または以前のインフルエンザワクチン接種に重篤なアレルギー反応を生じた人。
- ・ 接種予定時に発熱または重病の場合、回復するのを待ってから予防接種を受けてください。予防接種の予定を変更すべきかを医師または看護婦とご相談ください。

5 予防接種の接種時期とは？

最良のインフルエンザワクチン接種時期は10月または11月です。流行時期は12月から3月の間にピークに達することがありますが、大半は2月にピークに達します。ですから12月またはそれ以降に接種すると、一年の大半において有益である可能性があります。

インフルエンザの予防に毎年1回だけの接種が必要な人が大半です。しかし初めて接種する9歳未満の子供は2回接種が必要です。インフルエンザ生ワクチンの接種は6～10週間間隔で実施されるべきです。これらの子供は最初の接種を10月以前に受けるべきです。前年で1回接種したこの年齢のグループに属する子供は、その接種を受けたのが初回であっても、今年は1回だけ接種が必要です。

インフルエンザ生ワクチン経鼻投与は他のワクチンと同じときに受けられます。これにはMMR (はしか、おたふく風邪、風疹の3種混合)または水痘など、他の生ワクチンも含まれます。しかし、2種の生ワクチンが同じ日に投与されなかった場合、最低4週間間隔でそれらの接種を受けるべきです。

インフルエンザウイルスは頻繁に変わります。ですから毎年インフルエンザワクチンは更新され、毎年接種が必要となります。

6 インフルエンザ生ワクチン経鼻投与に関するリスクとは？

あらゆる薬剤と同様に、ワクチンは激しいアレルギー反応など重篤な問題の原因となる恐れがあります。ワクチンが重篤な害または死亡の原因となる危険性は極めて低いです。

インフルエンザ生ワクチンのウイルスが人から人に伝染する可能性は非常に低いです。万一そのような伝染が発生した場合でも、病気の原因となる可能性は低いです。

インフルエンザ生ワクチン経鼻投与を受けた人は軽い症状を生じる可能性があります(下記参照)。

軽い症状:

5～17歳の子供や思春期の若者の一部で下記を含む軽い反応を報告した人がいます。

- ・ 鼻水、鼻詰まり、または咳
- ・ 発熱
- ・ 頭痛および筋肉痛
- ・ 腹痛または時々吐気や下痢

18～49歳の大人の一部で下記の症状を報告した人がいます。

- ・ 鼻水または鼻詰まり
- ・ 咳、悪寒、倦怠感/脱力感
- ・ 咽頭痛
- ・ 頭痛

これらの症状は長続きせず、自然に治りました。接種後これらの症状が生じた場合でも、接種が原因でないこともあります。

重度の症状:

- ・ ワクチンによる致命的なアレルギー反応は非常に稀です。起こるとすれば、接種後数分から数時間の間に生じます。
- ・ 新しい製品で稀な反応が生じる場合、何千人、何百万人の人が製品を使用するまでそれらの反応を特定できません。あらゆる接種と同じように、異常または重度の問題がないかどうか経鼻投与型インフルエンザ生ワクチンは常に監視されています。

7 中程度から重度の反応があった場合はどうしますか？

気を付けることは？

- ・ 高熱または普通でない様子など、平常でない状態に気を付けてください。重篤なアレルギー反応の徴候には、呼吸困難、声がれ、喘鳴、じんま疹、青ざめ、脱力感、動悸、またはめまいが含まれることがあります。

どの様に対応すれば良いのでしょうか？

- ・ 医師に連絡するか、症状のある人を直ちに医師に連れて行ってください。
- ・ 症状、発症した日時、予防接種を受けた日を医師に知らせてください。
- ・ Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS: 予防接種有害事象報告システム)用紙を提出するよう医師、看護婦または保健所に要請してください。

ご自身でwww.vaers.orgのVAERSウェブサイトからこの報告を提出するか、1-800-822-7967(米国内ファールダイヤル)に電話してください。

VAERSは医療上の助言はいたしません。

8 もっと詳細を知りたいのですが？

- ・ 接種提供者にお尋ねください。医師か看護婦から予防接種の添付説明書を受け取ったり、その他の情報源を入手できます。
- ・ 地元または州の保健所にお電話ください。
- ・ 以下のCenters for Disease Control and Prevention (CDC: 疾患管理予防センター)にご連絡ください。
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)
 - CDCウェブサイト
www.cdc.gov/ncidod/diseases/flu/fluivirus.htmまたは
www.cdc.gov/nipをご覧ください。



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION
NATIONAL IMMUNIZATION PROGRAM

Vaccine Information Statement
Live, Intranasal Influenza Vaccine IMM-778 - Japanese (5/24/04)
Translated by Transcend, Davis, CA
www.transcend.net

Introducing the
Massachusetts Immunization Information System

MIIS

Fact Sheet for Parents and Patients



The MIIS is a new statewide system to keep track of immunization records for you and your family. These records list the vaccinations (shots) you and your children get to protect against measles, chickenpox, tetanus, and other diseases. The goal is to make sure that everyone in Massachusetts is up-to-date with their shots and that your records are available when you need them – such as when your child enters school, when you need emergency medical help, or when you change healthcare providers.

What is the MIIS?

- A computerized system that collects and stores basic immunization information for people who live in Massachusetts.
- A secure and confidential system, as required by Massachusetts law.
- A system that is available for people of all ages, not just children.

How will it help me?

The MIIS:

- Helps you and your family get the best care wherever you go for your healthcare.
- Makes sure that you and your children don't miss any shots or get too many.
- Can print a record for you or your children when you need it – if you move, if your doctor retires, or when your child starts school or camp.

Why is this important?

- As you know, the schedule of shots needed to keep healthy can be very complicated. The MIIS:
- Helps your healthcare provider keep track of which shots are due and when they should be given.
 - Keeps all your immunization records together for you, your family, and your healthcare provider.
 - Provides proof of vaccination for your children.
 - Helps prevent outbreaks of disease like measles and the flu in your community.
 - Keeps shot records safe during natural disasters such as flooding or hurricanes.



What information is kept in the MIIS?

- A list of shots that you or your children have received as well as any that you or your children get in the future.
- Information needed for safe and accurate immunization of each patient, such as:
 - » Full name and birth date.
 - » Gender (male or female).
 - » Mother's maiden name (for children).
 - » Address and phone number.
 - » Provider office where each shot is given.

How does this information get into the system?

- Information about children is added when a child is born or when a child gets his or her first shots.
- Your healthcare provider can add your records or your family's records if they are not already in the MIIS.

Who has access to my records?

- The Department of Public Health (DPH) uses modern technology to make sure that all information entered into the MIIS is kept secure and confidential.
- The information in the MIIS is only available to:
 - » Healthcare providers or others ensuring appropriate immunization, as authorized by DPH.
 - » Schools.
 - » Local boards of health.
 - » DPH, including the WIC program, and other state agencies or programs that provide education and outreach about vaccines to their clients.
 - » Studies specially approved by the Commissioner of Public Health which meet strict legal safeguards.

What if I don't want my information shared?

- You have the right to limit who can see your information.
- To limit who can see your information, you need to fill out the 'Objection or Withdrawal of Objection to Data Sharing' form which you can get from your healthcare provider.
- If you decide to limit who can see your information, your current healthcare provider will be able to see the shots they have given to you or your children, but may not be able to see your complete immunization history.
- If you decide to limit who can see your information, you will not have access to all of the benefits of the MIIS, like sharing your immunization records with schools and emergency rooms, and a complete record of shots in a single place.
- You can change your mind (decide to share or not share your information) at any time.

How can I get more information?

Please visit our website at www.mass.gov/dph/miis, contact the Massachusetts Immunization Program directly at 617-983-6800 or 888-658-2850, or ask your healthcare provider for more information.